

## **Les axes stratégiques d'une rénovation des relations entre les médecins libéraux et l'assurance maladie**

La Constitution française garantit à chaque citoyen **le droit à la protection de sa santé.**

Pour servir cette ambition, la société française a fait un choix auquel les caisses d'assurance maladie et les syndicats représentatifs des médecins libéraux réaffirment avec vigueur leur attachement :

- ☞ d'une part de confier à des professionnels de santé libéraux la mission de dispenser les soins ambulatoires et les soins dans les établissements de santé privés ,
- ☞ et d'autre part, de garantir l'accès aux soins nécessaires par leur remboursement sur la base de tarifs opposables.

Ce choix fondateur constitue la raison d'être des relations conventionnelles entre ces professionnels libéraux et l'assurance maladie.

Dans le respect de ces principes fondamentaux, l'ambition des conventions est, plus largement, de **traduire, à travers des droits et des engagements réciproques entre les professionnels et les caisses, le point d'équilibre entre les intérêts des professionnels et ceux des assurés sociaux et des patients. Cela conduit à faire des conventions, l'expression du contrat social entre les professionnels libéraux et la société.**

Pour prendre en compte les évolutions de la société et celles des aspirations des professionnels, le contrat se doit d'être évolutif et vivant. Une page conventionnelle nouvelle est à écrire, tournant résolument le dos :

- ☞ tant aux dispositifs de régulation des dépenses exclusivement budgétaires,
- ☞ qu'à la dimension strictement tarifaire des conventions nationales.

Telle est l'ambition partagée des signataires, qui s'exprime à travers la démarche d'optimisation concertée des dépenses. Un nouvel équilibre est à construire, en s'attachant à concilier, les aspirations des médecins qui recherchent une amélioration de leurs conditions et charges de travail, et l'amélioration de la qualité des soins dispensés à la population.

### **Une perspective pluriannuelle de revalorisation de la rémunération des médecins**

Les caisses et les syndicats de médecins entendent inscrire leur action dans une perspective pluriannuelle, en cohérence avec la volonté des Pouvoirs Publics d'inscrire la politique de santé dans une vision à moyen terme, comme en témoigne la préparation d'une loi quinquennale de santé publique. Ce programme de revalorisation doit permettre, dans le cadre des objectifs définis par la loi de financement de la sécurité sociale, de **mieux rémunérer l'activité médicale et en s'inscrivant dans une démarche d'optimisation médicalisée des soins, notamment par une action sur l'évolution du volume des actes.**

Le choix d'une perspective pluriannuelle permet d'offrir aux professionnels une visibilité sur l'évolution de leur métier et de leurs conditions d'exercice, et sur l'équilibre économique de leur entreprise médicale. Chaque étape nouvelle doit s'inscrire dans la perspective d'un projet partagé pour l'évolution de la médecine libérale.

Dans cette optique, des mesures à effet immédiat, permettent de tracer une perspective et de rendre perceptible aux médecins et aux patients, le sens de la démarche des partenaires conventionnels.

## **Le partenariat pour renforcer la gestion partagée du système de soins**

Les caisses et les syndicats de médecins, entendent donner une dimension nouvelle au partenariat qui les réunit autour d'une volonté partagée de s'impliquer dans l'amélioration des performances du système de soins et sa bonne utilisation par les patients

Les illustrations de cette volonté sont de plusieurs natures :

- ☞ une même préoccupation d'être conjointement force de propositions pour les domaines d'action excédant leur champ de compétence, en particulier vis à vis des pouvoirs publics
- ☞ une attention toute particulière au suivi par les acteurs de la vie conventionnelle des accords conclus et de leur impact sur la pratique quotidienne des professionnels
- ☞ un égal souci de ménager au niveau régional, des espaces de négociation permettant d'adapter à la diversité du territoire, certaines dispositions des accords nationaux, favorisant ainsi leur appropriation par les professionnels et la population

Les caisses et les syndicats de médecins élaboreront ensemble, chaque année, un bilan de l'application de leurs accords et des évolutions à y apporter en sorte d'être en mesure, le cas échéant et à l'occasion notamment du vote de la loi de financement de la sécurité sociale, de proposer à l'Etat les modifications réglementaires ou législatives nécessaires pour sous-tendre leurs projets.

Le suivi partenarial des accords conventionnels a vocation à s'ouvrir à d'autres acteurs que les seules parties signataires C'est un parti pris d'efficacité et de dialogue.

Dans ce même esprit, les caisses et les syndicats de médecins souhaitent impliquer, selon des modalités à définir, les représentants des gestionnaires des établissements de santé privés dans lesquels exercent les médecins libéraux, notamment ceux dont la spécialité et la pratique font appel à des plateaux techniques lourds.

## **La garantie de l'accès à des soins passe par des conditions d'exercice et des pratiques adaptées à la diversité des situations**

Si le principe du droit à un égal accès aux soins est national, les modalités d'exercice de ce droit varient nécessairement selon les configurations socio-géographiques et l'offre de soins environnantes. La préservation de cette égalité d'accès aux soins, dans l'ensemble de leurs composantes (préventifs, curatifs, de réhabilitation ou palliatifs) appelle une prise en compte de ces diversités. De même, les médecins aspirent légitimement à la prise en compte de la diversité de leurs pratiques professionnelles et de leurs aspirations.

L'évolution de la médecine, ces dernières années, a été marquée par une spécialisation accrue, appuyée sur un progrès technique en accélération, rendant de plus en plus indispensables les prises en charge pluridisciplinaires de la santé des patients, et donc la coordination des intervenants.

Dans ce contexte, l'aspiration des médecins à une meilleure reconnaissance de leur apport spécifique dans la prise en charge des patients n'est que plus légitime. Les approches uniformes du métier de médecin s'avèrent réductrices. La reconnaissance de toutes les dimensions de la pratique médicale et notamment des missions d'intérêt général appelle une diversification des formes de rémunération qui ne remet pas en cause le caractère prédominant de la rémunération à l'acte, mais s'ajuste à l'évolution de la pratique médicale et à ses différentes facettes.

### **Une plus grande liberté de choix pour le médecin**

Les caisses et les syndicats de médecins reconnaissent les limites d'un dispositif conventionnel monolithique qui nierait non seulement l'ampleur des compétences des professionnels mais également la diversité de leurs modes d'exercice.

Ils entendent en particulier proposer aux professionnels, dans le cadre conventionnel, au travers notamment d'engagements réciproques et de formes de rémunération adaptées :

- ☞ de prendre en compte l'environnement socio-géographique de l'exercice médical, notamment dans les zones rurales ou périurbaines à faible densité médicale, afin d'améliorer la répartition des professionnels sur le territoire,
- ☞ d'inciter à l'exercice professionnel en mode coopératif ou en réseau qui facilite les échanges entre professionnels et la continuité de la prise en charge sanitaire d'une population,
- ☞ d'accompagner les médecins qui aspirent à une moindre activité professionnelle, dans les années précédant leur cessation d'activité.

Le cadre conventionnel permet également, dans le cadre d'options négociées collectivement et à l'adhésion laissée à la libre appréciation de chaque médecin, de reconnaître et valoriser, les qualifications et formations initiales ou continues, les pratiques d'évaluation certifiée des professionnels. Des formules peuvent être expérimentées, notamment dans le cadre de contrats de bonne pratique comportant par exemple, des engagements de maîtrise du volume d'activité en contrepartie d'une meilleure rémunération, la prise en charge globale d'un patient par un médecin

généraliste, la coordination de soins par un médecin traitant, la prise en charge coordonnée des patients bénéficiant de soins palliatifs, la structuration de l'équipe pluridisciplinaire autour d'un patient hospitalisé ou la reconnaissance du rôle d'expertise de second recours.

L'ambition des caisses et des syndicats de médecins est de parvenir à échéance de la fin du premier semestre 2003, à proposer au moins un accord de ce type à chaque médecin quelle que soit sa discipline.

### **Une meilleure organisation du système**

Parvenir à une optimisation médicalisée des dépenses de santé suppose d'intervenir dans un même mouvement sur les pratiques médicales et sur les comportements des assurés sociaux en prenant appui notamment sur les références et recommandations édictées par la communauté scientifique et validées par les agences compétentes ou sur des référentiels réglementaires. Ces références peuvent permettre d'apprécier l'utilité médicale de certains actes et par voie de conséquence la pertinence de leur prise en charge dans le cadre du financement collectif.

Les accords de bon usage des soins relèvent de cette démarche. Ils ont pour objectif de faire évoluer les pratiques médicales vers le bon usage des soins de manière collective. L'amélioration des pratiques qui peut en être attendue peut être génératrice d'économies, sans pour autant qu'un tel constat puisse être systématisé.

Les caisses et les syndicats en ont déjà conclu sur le test de diagnostic rapide de l'angine, la mammographie, le bon usage des soins à domicile. Ils entendent poursuivre cette démarche en commençant dès 2003 par les thèmes pour lesquels ils disposent d'ores et déjà de référentiels validés. Ils procéderont parallèlement à une démarche conjointe auprès des agences compétentes et en particulier de l'Anaes, pour obtenir l'élaboration et la publication rapide sur des thèmes qui leur apparaissent prioritaires.

En outre, les démarches d'optimisation médicalisée des dépenses nécessitent d'agir sur les comportements des différents acteurs du système de soins. Les signataires estiment qu'il est nécessaire d'accompagner leurs choix d'évolution par une politique d'accompagnement portée par des actions de formation professionnelle conventionnelle financées par l'assurance maladie.

### **La convention : l'expression des responsabilités partagées**

Le partenariat conventionnel requiert, dès lors que l'on s'attache à mobiliser les professionnels sur des objectifs partagés, des outils de pilotage et des systèmes d'information adaptés notamment au suivi des pratiques professionnelles.

Cela suppose notamment que chaque partenaire dispose d'informations détaillées, au plan national comme au plan régional ; chaque professionnel doit également disposer en retour des informations nécessaires à l'analyse de sa pratique.

L'informatisation du système de soins ne vise pas seulement à éclairer tous les décideurs, publics ou individuels, elle doit aussi favoriser les échanges entre eux.

C'est à cette finalité aussi que concourt le système Sésam-Vitale dont les caisses et les syndicats affirment leur volonté de le faire évoluer vers un système "en ligne", plus souple et plus évolutif. Il convient en effet de maintenir clairement la distinction entre le dispositif de transmission des données relatives aux soins pris en charge et les logiciels de gestion de l'activité et du cabinet du professionnel.

Le partage de responsabilités nécessite aussi la description des mesures applicables en cas de non-respect des engagements souscrits. Il appartient aux textes conventionnels d'en définir la teneur. Les caisses et les syndicats soucieux de cohérence et d'homogénéité des pratiques en la matière, affirment leur volonté d'offrir des voies d'appel à toutes décisions prises en la matière dans le cadre conventionnel.

\*\*\*

## **I – UN PLAN PLURI-ANNUEL DE REVALORISATION DES REMUNÉRATIONS DES MÉDECINS**

Le Parlement, en adoptant la loi de financement de la sécurité sociale, a fixé à + 5,6 % le taux d'évolution des dépenses de soins de ville pour 2003, au sein desquelles figurent les dépenses liées aux honoraires des médecins.

Les politiques de santé, comme les conditions d'exercice et de rémunération des professionnels doivent s'inscrire dans un cadre pluriannuel afin d'une part d'offrir des perspectives et une visibilité aux professionnels et d'autre part de favoriser des évolutions structurelles du système.

**C'est pourquoi, les caisses et les syndicats médicaux ont choisi d'inscrire la revalorisation de la rémunération des médecins dans une perspective pluriannuelle.**

### **Sur les actes techniques :**

Les caisses et les syndicats médicaux ont entrepris depuis plusieurs années, une refonte de la nomenclature des actes qui doit permettre d'une part de disposer d'une classification des actes commune quel que soit le lieu d'exercice des professionnels de santé, et d'autre part d'objectiver et de reconnaître leur hiérarchisation. Cette hiérarchisation doit concerner les actes techniques et les actes médicaux cliniques.

les caisses s'engagent à mettre en œuvre la **nouvelle Classification Commune des Actes Médicaux (Ccam) à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2004**, pour les actes techniques ; **un montant de 180 millions d'euros** y sera consacré.

Sans attendre :

- après une première étape de revalorisation de leur activité en maternité intervenue en 2002, les actes d'accouchement des **obstétriciens** ont été revalorisés de 63 % au 1<sup>er</sup> janvier 2003 (arrêté du 31 mai 2002) passant de 192 € à 313,5 €

- une somme de 10 millions d'€ est affectée à la valorisation des astreintes assurées dans les établissements

### **Pour les actes cliniques :**

le travail a été engagé plus récemment, mais **il peut permettre d'engager le processus d'entrée en vigueur de la classification commune à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2005**, en parvenant à terme à une rémunération des actes cliniques qui tienne compte du contenu et de la nature de l'acte réalisé en écartant la référence, aujourd'hui prédominante, à la discipline du médecin qui la réalise. Cette ambition forte nécessite que les partenaires s'entendent sur les modalités et le rythme de sa montée en charge ; ils y procéderont en même temps qu'ils achèveront le travail de définition même de cette classification commune des actes.

Dans la lignée de cette ambition et le respect du cadre fixé par la représentation nationale, les signataires proposent, à titre transitoire et dans l'attente de la mise en œuvre de la Classification commune des actes cliniques, d'affecter, en deux étapes, un montant de 180 millions d'euros dont 110 millions dès 2003, à la revalorisation consultations des médecins spécialistes, dans les conditions suivantes :

☞ **la valeur de la consultation du médecin spécialiste est portée à 23 € au 1<sup>er</sup> février 2003.**

☞ **avant la fin du 1<sup>er</sup> trimestre 2003**, les signataires détermineront les consultations approfondies des médecins feront l'objet d'une majoration de 3 euros portée à 5 euros, notamment en fonction de leur contenu. Les sommes affectées à ces majorations seront débloquées en deux étapes : la première interviendra au plus tard le 31 mars 2003, la seconde étape intervenant au 1<sup>er</sup> octobre et étant déterminée en fonction des données de l'équilibre général décrit en annexe qui tient compte de l'ambition des signataires de ralentir sensiblement l'évolution du volume des actes des spécialistes.

Dans les mêmes conditions et à l'occasion d'une définition préalable du contenu de ladite consultation en fonction des pathologies concernées, une somme de 4 millions d'euros sera affectée à la **revalorisation de la consultation Ald (CALD)**.

De même, seront définies les conditions **d'application du forfait pédiatrique, fixé à 5 €, par les médecins généralistes** pour les examens de l'enfant du 8<sup>ème</sup> jour, du 9<sup>ème</sup> mois et du 24<sup>ème</sup> mois.

☞ **le troisième niveau de consultation, fixé à 40 €,** correspond à la reconnaissance du rôle d'expertise des médecins spécialistes et passe notamment par la valorisation des actes de consultations de seconde intention, dont les critères seront reprecisés, à partir de ceux figurant à l'article 18 des dispositions générales de la nomenclature, et élargis sur proposition des partenaires conventionnels, au fur et à mesure que seront définies les modalités de validation régulière des compétences d'expertise des médecins spécialistes, à partir des propositions que pourraient faire les Urmel.

S'agissant de la **revalorisation de la consultation effectuée par les psychiatres, les neuro-psychiatres et les neurologues, une somme de 26 millions d'euros dont 16 millions dès 2003, y sera affectée** selon le même calendrier, et des modalités qui seront précisées dans le cadre conventionnel.

Ces mesures ont pour ambition de répondre à une priorité concernant la situation des spécialistes cliniques du secteur 1. Les signataires conscients de cette nécessité entendent veiller à ce que les mesures d'application rapprochée qu'ils élaborent soient cohérentes avec les principes d'évolution à moyen terme de la rémunération des médecins qui fondent l'élaboration de la Ccam, ainsi qu'avec les conséquences de la réforme de la formation initiale des médecins généralistes.

Dans cette perspective, les signataires du présent accord réaffirment ce faisant les engagements souscrits par l'ensemble des médecins, le 5 juin 2002, concernant la prescription en dénomination commune et en générique.

Afin de garantir l'évolutivité de la classification commune des actes, les partenaires décident de mettre en place un comité de pilotage des nomenclatures dont ils arrêteront la composition, et les modalités de fonctionnement avant le 31 mars 2003 et auquel les pouvoirs publics seront associés selon des modalités à convenir.

**Les signataires décident d'affecter dès 2003, un montant de 10 millions d'€ pour les contrats de santé publique et de 30 millions d'€ pour les contrats de pratique professionnelle.**



## **II - UNE PARTICIPATION DES CAISSES AUX PRIMES DE RESPONSABILITÉ CIVILE PROFESSIONNELLE POUR LES MÉDECINS DU SECTEUR 1**

La couverture responsabilité civile des professionnels de santé libéraux a connu ces derniers mois des évolutions et des augmentations qui ont profondément déstabilisé l'équilibre économique des cabinets médicaux, en particulier pour ce qui concerne les chirurgiens, les anesthésistes, les obstétriciens, les professionnels de l'imagerie.

Les signataires du présent accord ont souhaité prendre en compte cet élément nouveau, essentiel pour les professions concernées.

Dans cet esprit,

- à partir de 2004, l'assurance maladie participera à hauteur de 2/3 aux primes d'assurance de responsabilité civile professionnelle des médecins libéraux du secteur 1, qui choisiront de souscrire leur assurance dans le cadre d'un **dispositif collectif que les partenaires conventionnels élaboreront avant le 31 mars 2003, sous une forme juridique à définir** ; ils préciseront ensemble, en faisant appel en tant que de besoin aux experts nécessaires, les modalités de mise en œuvre de ce dispositif, sa portée et son champ d'application et proposeront conjointement aux pouvoirs publics les modifications législatives et/ou réglementaires qui s'avèreraient nécessaires. Ils entendent également au travers de cette démarche mettre à disposition des médecins des éclairages et éléments déterminants concernant la connaissance des sinistres et la maîtrise du risque ainsi couvert.

- dès 2003, et dans l'attente de ce dispositif qui concourra à une régulation du marché de l'assurance de l'ensemble des médecins quelle que soit leur situation conventionnelle et, plus largement de l'ensemble des professionnels de santé libéraux, l'assurance maladie apportera une **aide aux médecins du secteur 1 des disciplines dont les primes annuelles d'assurance sont, au 1<sup>er</sup> janvier 2003, d'un niveau égal ou supérieur à 1000 €**. Cette aide sera égale aux deux-tiers du montant de la prime du médecin, dans la limite de 2/3 de la prime de base moyenne -hors malus- observée pour la catégorie concernée, telle qu'elle résulte de l'observation jointe en annexe. Elle est versée au médecin par la caisse primaire sur présentation d'un justificatif.

### III - LE DÉVELOPPEMENT DE CONTRATS DE SANTÉ PUBLIQUE

Si les signataires du présent accord conviennent qu'il est de la responsabilité propre des pouvoirs publics de définir les priorités de santé publique, ils conviennent également que les caisses, les professionnels de santé et leurs représentants ont un rôle déterminant dans leur mise en œuvre.

C'est ainsi qu'ils entendent utiliser la voie qui leur est désormais ouverte des contrats de santé publique, pour organiser leur participation aux actions relevant des priorités de santé publique décidées par les pouvoirs publics, notamment les programmes de dépistage des cancers.

**au cours du 1<sup>er</sup> trimestre 2003, un contrat de santé publique sera élaboré dans le cadre conventionnel pour être proposé aux médecins qui participent à la généralisation du dépistage du cancer colo-rectal dans les départements pilotes<sup>1</sup> où le dispositif est opérationnel.**

Ils développeront cette démarche au fur et à mesure que se dégageront des thèmes de santé publique prioritaires, en accompagnant ainsi les choix de santé publique qui seront opérés dans le cadre de la loi quinquennale que le Gouvernement a prévu de déposer au Parlement au printemps prochain.

---

<sup>1</sup> Ardennes, Bouches-du-Rhône, Calvados, Charente, Côte d'Or, Finistère, Hérault, Ille-et-Vilaine, Indre-et-Loire, Isère, Marne, Mayenne, Moselle, Nord, Orne, Puy-de-Dôme, Pyrénées-Orientales, Haut-Rhin, Saône-et-Loire, Essonne et Seine-Saint-Denis.

#### **IV - LE DÉVELOPPEMENT SOUS FORME CONTRACTUELLE DE LA PRISE EN CHARGE DE FONCTIONS QUI NE PEUVENT ÊTRE RÉMUNÉRÉES À L'ACTE, EN PARTICULIER DES CONTRAINTES DE GARDES ET ASTREINTES, DES GÉNÉRALISTES OU DES SPÉCIALISTES, EN PARTICULIER DANS LE CADRE DES CLINIQUES PRIVÉES**

Nombre de médecins participent à des missions d'intérêt général qui ne peuvent être reconnues au travers du seul paiement à l'acte.

Les gardes et astreintes assurées par les généralistes d'une part et par les spécialistes exerçant en clinique privée font partie de ces missions.

L'accord conclu en janvier 2002 dans le cadre de la convention nationale des médecins généralistes a permis une première reconnaissance de cette activité, par le biais d'une rémunération forfaitaire de 50 € versée aux médecins participant aux gardes organisées.

**le dispositif de rémunération des astreintes assurées par les médecins généralistes, initié en janvier 2002, et financé jusqu'alors sur le Formmel, est conforté dans le cadre des dispositions législatives nouvelles prévues par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2003 qui en a assuré un financement pérenne.**

Les spécialistes qui exercent dans le cadre des cliniques, en particulier les chirurgiens sont soumis à des obligations pour ces établissements que les signataires estiment indispensable de reconnaître.

**les modalités de rémunération forfaitaire des astreintes ainsi que les engagements que souscrivent les professionnels qui en bénéficient seront négociés avant le 31 mars 2003 pour être intégrés dans le dispositif conventionnel applicable aux médecins spécialistes et être ainsi soumis au libre choix des médecins intéressés.**

Les spécialistes concernés qui assurent une astreinte auprès d'un établissement de santé privé répondant aux critères de définition des UPATOU et des SAU, bénéficieront d'un forfait d'astreinte de même valeur que celle dont bénéficient les pédiatres d'astreinte auprès d'une maternité dont la valeur est arrondie à 61 €. Les médecins qui bénéficient de ce forfait s'engagent au strict respect des tarifs conventionnels pour les actes chirurgicaux qu'ils réalisent au cours de la période pendant laquelle ils sont d'astreinte et rémunérés à ce titre.

Les pédiatres exerçant dans les établissements privés spécialisés en néonatalogie bénéficieront des dispositions de l'arrêté du 31 décembre 2001 prévues pour les pédiatres intervenant en service d'obstétrique.

## **V - UNE EXPÉRIMENTATION PRÉALABLE DE CONTRATS DE PRATIQUE PROFESSIONNELLE<sup>2</sup> ASSORTIE D'ÉVALUATIONS**

Les signataires conviennent que **le paiement à l'acte doit rester la forme prédominante de la rémunération de l'activité de soins des médecins libéraux**. Toutefois, ils estiment nécessaire d'utiliser la voie contractuelle pour offrir aux médecins conventionnés le choix entre différentes options à même de répondre à leurs aspirations en même temps qu'aux besoins de la population.

### **Offrir au moins une option pour chaque médecin quelle que soit sa discipline**

Les signataires conviennent de proposer d'ici la fin de l'année 2003 au moins une option de ce type pour chaque médecin quelle que soit sa discipline, au-delà d'une option de prise en charge globale et coordonnée de la santé des patients par les médecins généralistes.

Dans ce cadre, un contrat de pratique professionnelle sera également proposé aux **médecins thermaux** précisant les conditions du suivi des curistes et la rédaction d'un document de liaison à l'issue de la cure du patient.

### **Organiser la prise en charge des patients bénéficiant de soins palliatifs :**

**dès le 1<sup>er</sup> février 2003, un accord de pratiques professionnelles qui sera soumis l'adhésion des médecins, définira les conditions de prise en charge et de coordination des intervenants des différents professionnels auprès des patients bénéficiant de soins palliatifs, et le bénéficie à ce titre d'une rémunération forfaitaire.**

### **Prendre en compte l'environnement socio-professionnel de l'exercice médical**

Pour mieux répondre aux besoins de la population et respecter dans le même temps les aspirations des professionnels, les signataires estiment opportun d'utiliser la voie contractuelle pour inciter à une meilleure répartition des professionnels sur le territoire et au développement de pratiques d'échanges coopératifs.

Dans cette perspective, les signataires proposeront avant la fin du 1<sup>er</sup> semestre 2003, aux médecins qui le souhaitent des contrats de bonne pratique, négociés collectivement, qui tiennent compte, notamment par le biais de rémunérations complémentaires, respectivement :

- ☞ des spécificités de l'exercice en milieu rural ou de celles liées à l'exercice en zone périurbaine, ou en zone de montagne.
- ☞ des spécificités de l'exercice en plateau technique lourd, notamment en hospitalisation chirurgicale,
- ☞ ou d'une forme organisée de l'exercice médical qui concilie un exercice au plus près de la population par des lieux démultipliés d'exercice et un échange et une coopération entre les médecins facilités par des lieux d'exercice et une clientèle partagés .

---

<sup>2</sup> Par "contrat de pratiques professionnelles", on entend les contrats de bonne pratique visés à l'art L 162-12-18 du code de la sécurité sociale

## **VI – ACCORDS DE BON USAGE DES SOINS**

Convaincus de la pertinence d'une démarche d'optimisation des dépenses de santé, les signataires entendent développer les accords de bon usage des soins, bâtis autour de référentiels et protocoles établis à partir des données agrégées et validées par la communauté scientifique.

Ces accords ont pour objectif de faire évoluer les pratiques médicales vers le bon usage du soin de manière collective. Ils doivent s'appuyer sur des référentiels qui peuvent être de deux types :

- ☞ les référentiels réglementaires (Ngap, Amm...)
- ☞ les référentiels médicaux

L'amélioration des pratiques peut être génératrices d'économies sans que ce constat soit systématique.

### **les Acbus permettent de cerner le champ de la prise en charge collective**

La responsabilité partagée des médecins et des patients s'organise autour de ces protocoles et est concrétisée par ces accords de bon usage des soins qui, à l'instar de l'accord signé en juin dernier sur le bon usage des soins à domicile, permettent de cerner, sur des critères médicaux et sociaux partagés, le champ de la prise en charge collective des soins.

Au-delà du DE actuel, ces accords permettent de délimiter également, lorsque le recours aux soins ou les modalités de recours à un professionnel répondent à une exigence particulière du patient, les cas où le médecin est autorisé à pratiquer un dépassement tarifaire pour exigence particulière. D'ores et déjà, les signataires s'engagent à définir, comme pour l'accès aux soins à domicile, les critères médico et/ou socio-environnementaux justifiant la prise en charge par la collectivité de la majoration de nuit ou de jour férié que le médecin peut appliquer à ses honoraires, conformément aux dispositions de la nomenclature. L'accès aux soins médicaux durant ces périodes sur exigence du patient ne répondant pas à ces critères pourrait ouvrir droit pour le médecin à perception d'un dépassement pour exigence particulière (DE).

### **des accords de bon usage des soins pour toutes les disciplines**

Les signataires entendent élaborer des accords de bon usage des soins en complément de ceux qu'ils ont déjà conclus concernant notamment le test de diagnostic rapide de l'angine, les mammographies dans le cadre du dépistage du cancer du sein, ou les soins à domicile.

Leur ambition est de mettre au point avant la fin de l'année 2003, des accords de bon usage des soins pour toutes les disciplines en commençant par les thèmes pour lesquels des référentiels reconnus et validés sont disponibles.

Tel est d'ores et déjà le cas pour :

- ✍ la polymédication des personnes âgées,
- ✍ les prescriptions d'antibiotiques,
- ✍ les prescriptions au long cours du Plavix® (Clopidogrel)
- ✍ la prise en charge de l'obésité morbide et son traitement chirurgical,
- ✍ le suivi par coloscopie totale des patient ayant subi une polypectomie,
- ✍ la prescription des psychotropes,
- ✍ le traitement médical de l'acné,
- ✍ les hormones thyroïdiennes,
- ✍ la prescription des transports
- ✍ les inducteurs d'ovulation hors Fiv,
- ✍ la prescription des Ains,
- ✍ le suivi des traitements par Hbpm

Les économies qui pourraient être attendues d'une amélioration des pratiques sur l'ensemble de ces thèmes peuvent être estimées à 60 millions d'euros en année pleine. Elles peuvent, dans le cadre du respect des objectifs déterminés en application de la loi de financement être affectées au fonds de modernisation de la profession médicale, visé à l'article L 162-14-1 du code de la sécurité sociale, dont les partenaires conventionnels pourraient déterminer les modalités d'affectation aux professionnels conventionnés.

Les caisses et les syndicats entendent sans tarder solliciter la contribution de l'Anaes pour l'élaboration de référentiels sur les thèmes suivants qui pourraient faire l'objet ensuite d'accords de bon usage des soins, en concertation, le cas échéant, avec les autres professions de santé concernées :

- ✍ la rééducation des lombalgies,
- ✍ les examens extemporanés,
- ✍ l'allergologie,
- ✍ le pansement moderne des ulcères de jambes,
- ✍ la médecine nucléaire,
- ✍ l'immuno-histochimie,
- ✍ la prescription des dosages hormonaux dans la période de la péri-ménopause.

A cet égard, les caisses et les syndicats de médecins estiment indispensables que soient menées des études détaillées et approfondies, avec l'ensemble des acteurs concernés, concernant les pratiques et les critères de prescriptions d'arrêts de travail afin d'être, dans un premier temps, en mesure d'analyser les constats dressés en termes d'évolution des dépenses sur ce secteur, permettant de déboucher sur des recommandations et mesures pratiques.

## **VII - DES ENGAGEMENTS SUR LE RESPECT DES DÉLAIS DE PAIEMENT EN CAS DE TIERS-PAYANT**

Conscientes de l'importance pour les professionnels du respect des délais de paiement lorsqu'ils se trouvent en procédure de dispense d'avance des frais, les caisses proposent de fixer un délai de paiement<sup>3</sup> à compter de la réception de la feuille de soins de :

- ➔30 Jours pour les feuilles de soins papier,
- ➔8 jours pour les FSE.

Au cas où ces délais ne seraient pas respectés pour 90 % au moins des flux, les caisses abonderaient le fonds de modernisation de la profession médicale visé à l'article L 162-14-1 du code de la sécurité sociale à due concurrence de 0,5 % des honoraires versés hors de ces délais. Les caisses mettront à l'étude les modalités d'un versement direct à chaque professionnel concerné d'une pénalité équivalente.

En contrepartie, et pour améliorer le système de suivi des dépenses en date de soins, les professionnels s'engagent à réduire le délai de transmission des feuilles de soins aux caisses qui sont actuellement de 2,1 jours en moyenne pour les FSE et de 44,3 jours en moyenne pour les feuilles de soins papiers.

---

<sup>3</sup> Le délai se décompte en jour calendaire.

## **VIII – UN SYSTÈME D'INFORMATION PARTAGE**

Le choix d'une démarche d'optimisation médicalisée des dépenses exige que les partenaires disposent d'un système d'information précis et partagé. Ces données sont indispensables pour éclairer les décisions qui leur reviennent.

Pour alimenter un système d'information partagé, les médecins s'engagent à offrir à leurs patients le service de la télétransmission des feuilles de soins électroniques, sous réserve que les conditions de participation des caisses aux charges qui en découlent soient définies contractuellement entre les caisses et les représentants des médecins.

En outre, les signataires demandent avec détermination aux pouvoirs publics la publication des textes réglementaires nécessaires pour que les Urmel puissent disposer, comme la loi en pose le principe, des informations anonymisées recueillies par les caisses d'assurance maladie.

Dans le cadre de la mise en place du SNIIR-AM, il est rappelé que les professionnels de santé sont habilités à accéder aux données individuelles et agrégées. Les procédures d'habilitation et d'accès sont en cours d'élaboration entre les partenaires.



## **IX – UN APPUI À LA MISE EN PLACE D’UN DOCUMENT MÉDICAL DE LIAISON ET D’ÉCHANGE**

Ce document est un outil permettant d’optimiser la coordination et la continuité des soins. Il est proposé aux assurés et aux professionnels de santé.

Il reste la propriété du patient qui choisit le médecin chargé de tenir à jour ce document.

Dans le respect du droit des malades et du code de déontologie médicale, le médecin désigné fait figurer dans ce document toute information utile concernant la santé du patient, notamment celles qui lui sont communiquées par l’ensemble des médecins et des autres professionnels de santé consultés par le patient.

Ce médecin conserve le document pour le compte de son patient qui peut en obtenir la communication à tout moment et demander que n’y figurent pas certaines informations.

De son côté, le patient fait connaître les coordonnées du médecin qu’il a désigné comme détenteur du document aux autres professionnels de santé.

L’assurance maladie, dans le cadre des orientations définies par les pouvoirs publics, dégagera les moyens permettant d’aider au développement du dispositif et étudiera dans la perspective d’une mise en service dès 2004 les conditions financières qui permettront l’alimentation et l’accès au dossier médical.

## **X - VIE CONVENTIONNELLE ET RESPECT DES ENGAGEMENTS**

### **suivi des accords**

Le suivi et la mise en œuvre des accords conclus relèvent de la responsabilité de leurs signataires qui peuvent, au plan national, décider d'y adjoindre toute organisation syndicale ou institution qu'ils estimeraient utile et pertinent d'associer.

### **évolution conventionnelle**

Attachés au dynamisme conventionnel, les signataires entendent se donner les moyens de l'évolutivité de leurs accords. A cet effet, les parties signataires conventionnelles tiendront au minimum deux rendez-vous annuels en sorte d'aboutir le cas échéant à des avenants conventionnels d'actualisation de leurs accords.

### **procédures conventionnelles**

En même temps que sont définis les droits et engagements inscrits dans les accords conventionnels, il est nécessaire pour en crédibiliser la portée de part et d'autre, de prévoir les procédures applicables en cas de non respect des engagements contractuels.

Les signataires estiment à ce sujet qu'il est important que les partenaires nationaux veillent à la cohérence et à l'équité de l'application de ces procédures sur l'ensemble du territoire. Dans cet esprit, **toute mesure prise par les caisses dans ce cadre pourra faire l'objet d'un appel suspensif devant une instance conventionnelle nationale avant que la décision ne devienne exécutoire.** L'instance nationale doit statuer dans le mois suivant sa saisine.

### **financement de la formation continue et professionnelle et de la vie conventionnelle :**

Pour accompagner les choix politiques des signataires des conventions, les caisses sont disposées à financer la formation continue professionnelle conventionnelle et la vie conventionnelle

**en 2003, les sommes réservées à cette fin par les caisses d'assurance maladie s'élèveront à 53,8 millions d'euros.**

### Fiche financière (en millions d'euros)

	2003	2004
<b>Reports ou engagements</b>		
Spécialistes	180	
Généralistes	240	
<b>Revalorisations tarifaires</b>		
CS	110	70
ALD	4	12
Astreintes cliniques	10	
<b>CCAM technique</b>		180
<b>Provisions pour :</b>		
Elargissement C3	5	
CSP	10	
CPP	30	
Psy	16	10
Volumes + mesures spécifiques		
généralistes	46	ND
spécialistes	100	50
<b>Gain génériques + AcBus</b>	-30	-60
<b>TOTAL</b>	<b>721</b>	<b>262</b>

**Prise en charge RCP  
(estimation)** 50

**Vie conventionnelle** 54